

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INCONVÉNIENTS DE L'HUILE GRISE
ET DES
ACCIDENTS QU'ELLE PEUT CAUSER

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Mars 1917.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MÉDECINE »

PAR

M^{me} JUDENSON, née Noémi-Riva ZALKIND

à Bobronisk (Russie), le 18 Mars 1892.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. SIMON	professeur...	Président.
		HAUSHALTER	professeur ..	Juges.
		L. SPILLMANN	agrégé.....	
		FAIRISE	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1917

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INCONVÉNIENTS DE L'HUILE GRISE
ET DES
ACCIDENTS QU'ELLE PEUT CAUSER

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Mars 1917.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MÉDECINE »

PAR

M^{me} JUDENSON, née Noémi-Riva ZALKIND
à Bobronisk (Russie), le 18 Mars 1892.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. SIMON	professeur...	Président.
	HAUSHALTER	professeur...	{ Juges.
	L. SPILLMANN	agrégé.....	
	FAIRISE	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. MEYER, *, I U.

Assesseur : M. WEISS, *, I U.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I U, NICOLAS, I U, PRENANT, *, I U, BERNHEIM, O *, I U, F. GROSS, O *, I U.

Professeurs.

Physique médicale.....	M. N....
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS *, I U.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I U.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT *, I U.
Hygiène.....	M. MACÉ, I U.
Physiologie.....	M. MEYER, *, I U.
Clinique médicale.....	M. SIMON, I U.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I U.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I U.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, *, I U.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I U.
Histologie.....	M. BOUIN, I U.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, I U.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I U.
Clinique médicale.....	M. ETIENNE, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. VAUTRIN, I U.
Pathologie interne et Pathologie géné- rale.....	M. N.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique de chirurgie infantile et d'or- thopédie.....	M. FROELICH, *, I U, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires.....	M. ANDRÉ, *, I U, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. JACQUES, I U, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, I U, agrégé libre.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, I U, agrégé libre.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1).. Clinique des maladies mentales.....	M. MICHEL, I U, agrégé libre.
Clinique des maladies des vieillards...	M. PARIS, I U.
Accouchements.....	M. RICHON, I U, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. FRUHINSHOLZ, I U, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (4)	M. PERRIN, A U, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. J. PARISOT, A U, agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (1).....	M. N....
Pathologie externe.....	M. N....
Clinique d'électrothérapie.....	M. MICHEL, I U, agrégé libre.
	M. N....

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I U.	MM. SENCERT, *, I U.	MM. PERRIN, A U.
RICHON, I U.	ROBERT, I U.	THIRY, I U.
G. GROSS, *, I U.	BUSQUET, A U.	FAIRISE, A U.
FRUHINSHOLZ, I U.	LUCIEN, *, A U.	J. PARISOT, *, A U.
COLLIN, A U.	BINET, A U.	

Agrégés libres

MM. REMY, A U, FÉVRIER, O *, I U, FROELICH, *, I U,
JACQUES, I U, ANDRÉ, *, I U, MICHEL, I U, L. SPILLMANN, I U.

M. H. COIFFARD, I U, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
ont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et
qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MEMOIRE
DE MA CHERE MERE BIEN REGRETTEE

A MON CHER PERE
faible témoignage de reconnaissance filiale.

A MON CHER MARI

A MA FILLETTE LYDIE

MEIS ET AMICIS

A mon Maître et Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SIMON

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE NANCY.

Hommage et profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHRETIEN

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE NANCY.

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. SPILLMANN,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAIRISE.

A la mémoire de mes chers Maîtres vivement regrettés :

MM. LES PROFESSEURS SCHMITT ET PAUL SPILLMANN.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTE

GENERALITES

Aperçu sur les préparations mercurielles insolubles

C'est à Scarenzio (de Pavie) que revient l'honneur d'avoir inauguré, en 1864, la méthode des injections de préparations mercurielles insolubles.

Cette méthode a été perfectionnée par Smirnoff, Balzer et employée par presque tous les syphiligraphes ; Jullien était l'un de ses principaux partisans en France.

Scarenzio pensait qu'en présence des chlorures du sang, le protochlorure d'hydrargyre (calomel), sel insoluble, se transformerait en bichlorure (sublimé), sel soluble, assez lentement pour livrer à l'absorption quotidienne une dose non toxique de ce sel soluble ; cette hypothèse fut malheureusement démentie par les intoxications rapides qui se produisirent par suite des injections des doses trop élevées.

Les préparations mercurielles insolubles sont en nombre limité. La faveur des syphiligraphes paraît

s'être exclusivement concentrée sur trois sels ou préparations :

- 1° Le calomel,
- 2° L'huile grise,
- 3° Le salicylate de mercure,

et de ces trois, le calomel et l'huile grise sont, sans contredit, les plus employés « *le premier grâce à son énergie curative, la seconde grâce à sa tolérance remarquable par les tissus et par l'organisme en général* » (1).

Le gros avantage de la méthode des préparations insolubles c'est la *rareté des injections* ou plutôt la possibilité de réaliser une action thérapeutique indéniabie, très actif, quoique d'intensité variable, suivant la préparation employée, à l'aide d'un traitement commode, peu coûteux, non enchaînant ni pour le malade, ni pour le médecin.

A côté de ces avantages, il y a malheureusement quelques inconvénients qui peuvent se rattacher aux deux catégories principales suivantes :

- 1° Des inconvénients de dose et d'absorption,
- 2° Des inconvénients de nature.

1° INCONVÉNIENTS DE DOSE ET D'ABSORPTION

Ces inconvénients sont dus à la fois à la forte dose de sel mercuriel injecté d'un seul coup et à l'état insoluble de ce composé. On peut les ranger sous les quatre chefs suivants :

(1) E. EMERY. — Le traitement de la syphilis (Collection des actualités médicales. Paris, 1906, page 47).

a) Impossibilité d'apprécier la *quantité* de sel mercuriel qui sera absorbée et la *rapidité* de l'absorption, rapidité très variable selon les individus.

b) Impossibilité ou tout au moins très grande difficulté de pronostiquer la tolérance générale du malade et la résistance de ses divers organes en face de ce traitement intensif.

c) Difficulté non moins grande de savoir comment se comportera la bouche du malade, soumis à une injection massive, surtout s'il existe en cette région, à la langue, par exemple, des accidents ulcéreux (gommes), ou si les dents sont en mauvais état.

Le professeur Fournier a maintes fois insisté, en effet, sur l'intolérance aux préparations mercurielles que présente une bouche ainsi affectée.

d) Enfin, impossibilité de supprimer, en cas d'urgence (comme les accidents d'hydrargyrisme, par exemple), les effets nocifs du mercure.

2° INCONVÉNIENTS DE NATURE

Les inconvénients de cette catégorie, ainsi appelés parce qu'ils dépendent de l'état dans lequel se trouve le mercure injecté (poudre ou mercure divisé dans un corps gras) sont :

a) Les phénomènes douloureux tardifs ou immédiats.

b) Les phénomènes inflammatoires non septiques et les indurations consécutives.

c) Les embolies pulmonaires.

CHAPITRE PREMIER

L'huile grise

I — Historique. — Composition.

L'huile grise, imaginée par Lang (de Vienne), en 1887, consiste en une préparation dans laquelle le *mercure métallique* est à l'état de *division parfaite* et tenu dans un corps gras demi-fluide.

La formule de l'huile grise a été souvent modifiée. Nous donnons ci-dessous les diverses « huiles grises » qui ont été préconisées par les syphiligraphes (1).

a) *Formule de Lang* (1887).

Mercure purifié.....	3 parties.
Lanoline	3 —
Huile d'olives.....	4 —

Cette formule avait le double inconvénient d'être

(1) Gaston LYON. — Clinique thérapeutique, 6^e édition, page 1445.

trop épaisse et d'être mal dosée. Or, il est de toute nécessité que l'huile grise (qui n'est injectée que par petites quantités) soit rigoureusement dosée.

b) *Formule de Neisser.*

L'huile d'olives donnant une trop grande épaisseur et étant susceptible de rancir, Neisser préconisa la formule suivante :

Mercure métallique.....	20 gr.
Vaseline liquide.....	80 gr.
Teinture éthérée de benjoin.....	5 c. cubes.

c) *Formule de M. Emery.*

Mercure purifié.....	20 gr.
Vaseline	10 gr.
Huile de vaseline.....	20 gr.

qui renferme exactement 40 0/0 de mercure, pèse 1 gr. 25 au centimètre cube et contient, par conséquent, 0 gr. 50 de mercure pour un centimètre cube d'huile grise.

d) *Formule de M. Gay* (de Montpellier).

Mercure purifié.....	20 gr.
Lanoline	5 gr.
Vaseline	35 gr.

soit 33,33 0/0 de mercure.

e) *Formule de M. Lafay.*

Mercure purifié.....	40 gr.
Lanoline anhydre stérilisée.....	12 gr.
Vaseline blanche stérilisée.....	13 gr.
Huile de vaseline médicinale.....	35 gr.

soit 40 0/0 de mercure, formule que M. Emery déclare excellente.

f) *Formule du Codex français* de 1908.

Mercure purifié.....	40 gr.
Graisse de laine.....	26 gr.
Huile de vaseline.....	60 gr.

soit 31,74 0/0 de mercure.

La préparation se fait de la façon suivante :

On opère la stérilisation de la graisse de laine en la chauffant après fusion et filtration, soit dans une fiole conique en verre de Bohême à une température de + 120° pendant vingt minutes, soit dans un flacon hermétiquement bouché et maintenu à l'autoclave à + 120° pendant le même temps. L'huile de vaseline est stérilisée de la même manière.

On flambe soigneusement à l'alcool le mortier et son pilon, on y verse le mercure, on ajoute la graisse de laine et on bat jusqu'à extinction complète du mercure.

On ajoute alors l'huile de vaseline par petites quantités et on bat pour obtenir un mélange bien intime.

Il faut faire cette manipulation dans des conditions rigoureuses d'asepsie.

On verse ensuite le mélange dans un ou plusieurs flacons de 2, 5 et 10 centimètres cubes préalablement stérilisés à + 180°.

Ainsi préparée, l'huile grise renferme très sensiblement *quarante centigrammes de mercure par centimètre cube* (Codex 1908).

II. — Posologie.

La dose moyenne active varie entre cinq et douze centigrammes (0 gr. 05 à 0 gr. 12) de métal.

La seringue de 1 centimètre cube étant divisée en vingtièmes de centimètre cubes, on injectera donc de II à V divisions pour les huiles à 40 0/0 (formules Emery ou Lafay) et de II à VI divisions pour l'huile grise du Codex.

Il importe de préciser ce point, et de ne pas employer le terme, fort impropre, de « goutte », car la différence est très appréciable entre une goutte d'huile grise mesurée au compte-goutte étalon, et un vingtième de seringue ou « goutte à injecter ».

En effet, tandis que cette dernière renferme 0 gr. 025 de mercure, l'autre n'en contient que 0 gr. 009, car un centimètre cube d'huile correspond à 0 gr. 50 de mercure (formules Emery ou Lafay), ou à 0 gr. 40 (formule du Codex 1908).

En résumé, il faut injecter, 2, 3 ou 4 et même 5 (rarement et jamais d'emblée) divisions de la seringue hypodermique ordinaire qui équivalent à :

	<i>Formule Emery.</i>	<i>Formule du Codex.</i>
2 divisions	0 gr. 05	0 gr. 04
3 divisions	0 gr. 075	0 gr. 06
4 divisions	0 gr. 10	0 gr. 08
5 divisions	0 gr. 125	0 gr. 10

de mercure métallique.

III. — Indications.

Aux doses ordinaires, c'est-à-dire de II à III divisions, l'huile grise est loin d'avoir l'activité des autres préparations et notamment celle qui fait la valeur thérapeutique du calomel.

On reconnaît néanmoins qu'elle constitue un bon procédé de mercurialisation dans les cas ordinaires de faible et de moyenne intensité.

Si l'on dépasse la dose de IV à V divisions dans le but d'obtenir un effet curatif plus marqué, on s'expose à des phénomènes toxiques assez fréquents et graves.

Cette obligation de s'en tenir aux doses moyennes et par suite de limiter, sous peine d'intoxication, l'effet thérapeutique de l'huile grise est certainement son inconvénient le plus sérieux. Il est bon de faire remarquer à cette occasion que l'administration par gouttes de l'huile grise exposant à des erreurs de dose, les phénomènes d'intoxication sont d'autant plus difficiles à éviter.

Toutefois, dans les limites des doses non toxiques, l'huile grise reste une excellente préparation, car elle permet d'instituer contre la syphilis d'intensité moyenne ou faible, un traitement facile et qui plus est, rarement douloureux (contrairement à ce qui se passe avec le calomel).

IV. — Technique de l'injection d'huile grise.

Une seringue à injection hypodermique de 1 centimètre cube, portant 20 divisions et une aiguille longue de 4 à 5 centimètres, constituent tout l'outillage nécessaire.

La longueur indiquée de l'aiguille est absolument de rigueur, même quand on injecte des préparations bien tolérées, à plus forte raison est-elle nécessaire avec l'huile grise, en préparation insoluble.

L'injection sera faite, après désinfection soignée de la peau (1) aux endroits habituels (point de Smirnoff (2), point de Galliot (3), point de Barthelémy (4), avec la plus rigoureuse asepsie.

Le malade étant couché sur le côté, on enfonce d'un seul coup et de toute sa longueur, *en plein muscle*, et non pas dans l'hypoderme, l'aiguille, munie de la seringue vide et non armée. On fait glisser ensuite le piston dans la seringue comme pour aspirer. S'il vient du sang dans le corps de la pompe, c'est qu'on a pénétré dans un vaisseau ; cette précaution est absolument indispensable avec l'huile grise afin d'éviter l'injection de mercure dans un vaisseau.

(1) A la teinture d'iode ou au chloroforme iodé.

(2) Ou fossette rétro-trochantérienne.

(3) Ce point est déterminé par l'intersection de deux lignes conventionnelles : l'une horizontale passant à deux travers de doigts au-dessus du grand trochanter ; l'autre, verticale, séparant le tiers interne de la fesse de ses deux tiers externes.

(4) Milieu de la ligne unissant l'épine iliaque antéro-supérieure à la base du coccyx.

S'il vient du sang, on retirera donc l'aiguille et on recommence la piqûre en un autre point ; s'il ne vient pas de sang, on retire la seringue seule, on la remplit de la quantité voulue de liquide à injecter ; on chasse la bulle d'air, on la fixe de nouveau sur l'aiguille, et le piston est lentement poussé jusqu'à ce que le liquide ait totalement disparu. C'est ce qu'on appelle la *piqûre en deux temps*.

Une fois l'injection faite, on retire d'abord la seringue, puis l'aiguille rapidement et d'un seul coup, en pinçant légèrement la peau autour d'elle et en obturant son orifice avec le doigt, afin d'éviter la dissémination dans tout le trajet de la piqûre de la substance injectée.

CHAPITRE II

Les inconvénients de l'huile grise

Nous avons indiqué plus haut que les préparations insolubles présentaient deux sortes d'inconvénients.

- a) Des inconvénients de dose et d'absorption.
- b) Des inconvénients de nature.

Les inconvénients de l'huile grise peuvent se diviser de la même manière et c'est dans cet ordre que nous les étudierons en indiquant le moyen de se soustraire, autant que possible, aux causes de ces accidents.

Il convient de remarquer tout d'abord que les accidents très graves, parfois même mortels ne sont pas d'une fréquence considérable.

Nous ne prétendons pas, comme Emery (1), que « les accidents très graves et quelquefois suivis de mort (stomatite phlegmoneuse, hydrargyrisme

(1) E. EMERY. — Le traitement de la syphilis (Collection des actualités médicales, Paris, 1906, page 43).

« aigu, avec vomissements, diarrhée sanguinolente, « collapsus, etc...), qui ont été signalés comme complications possibles des injections insolubles, remontent à l'époque où les doses injectées étaient véritablement massives ».

Nous admettons fort bien la possibilité des accidents, dus à d'autres causes encore (étudiées plus loin), mais nous considérons, néanmoins, que l'huile grise donne d'excellents résultats, les cas d'intoxication pouvant être écartés par les doses convenablement réglées et par un examen médical approfondi du malade.

L'usage fréquent de cette préparation par la plupart des syphiligraphes qui, à l'inverse de M. Gaucher, ne la considèrent pas comme « une des préparations mercurielles les plus mauvaises », comme « une hérésie pharmacologique » (1) parle plutôt en faveur de l'huile grise.

Une des meilleures confirmations à ce sujet, nous est fournie par l'assertion autorisée d'un de nos maîtres, M. le Professeur agrégé Spillmann, chargé de la Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie à la Faculté de Médecine de Nancy.

M. Spillmann affirme, en effet, que, depuis près de dix ans qu'il assure son service, il a eu l'occasion de pratiquer, des milliers de fois, les injections d'huile grise, aussi bien dans sa clinique que dans sa clientèle privée, et n'a jamais eu à s'en plaindre.

Aucun accident n'est présent à sa mémoire, sauf

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise (*Journal des Praticiens*, 28^e année, 6 juin 1914, pages 358 et suivantes).

un seul, survenu à un malade qui lui fut amené avec une néphrite aiguë (mercurielle).

Cette maladie était provoquée par une exagération marquée de la dose. Il a reçu, en effet, six injections d'huile grise que son docteur lui pratiqua dans l'espace de quinze jours en se servant de la seringue de Pravaz.

I. — Inconvénients de dose et d'absorption.

Ils sont dus à la forte dose et à l'état insoluble du mercure injecté.

Nous avons classé ces inconvénients en quatre rubriques (voy. Généralités) que nous étudierons maintenant d'une façon plus détaillée.

a) *Impossibilité d'apprécier la quantité de mercure qui sera absorbée et de pronostiquer la rapidité de l'absorption, variable selon les sujets.*

Si les premiers auteurs qui employèrent l'huile grise, pensaient que la réserve de mercure injectée en une seule fois pour la durée d'une semaine, serait éliminée peu à peu, la réalité est assez différente.

L'absorption peut être très rapide (intoxications précoces) ou bien le mercure peut s'enkyster pendant un temps indéterminé et la solubilisation se fera alors d'une façon tout à fait irrégulière, n'étant soumise qu'au hasard.

Alors que plusieurs injections peuvent, par suite de l'enkystement, rester sans effet, on a pu voir, ces kystes multiples se rompre et déverser dans la circu-

lation la réserve de mercure accumulée pendant plusieurs semaines, c'est-à-dire une dose toxique, parfois même mortelle.

La solubilisation des kystes peut se faire spontanément sans qu'on puisse même en déterminer la cause exacte ; elle peut être provoquée par un choc, un traumatisme au niveau de la région injectée et quelques jours plus tard apparaît une stomatite, consécutive à la rupture d'un de ces kystes.

Une injection de certains sels de mercure *soluble* peut provoquer également la dissolution brusque des nodules d'huile grise, injectée peu auparavant (Gaucher).

L'enkystement du mercure a été souvent observé ; nous donnons ci-après (observation II) un cas rapporté par M. Gaucher où trois mois après la dernière injection d'huile grise, on dut faire l'excision de nodules fessiers, dans lesquels l'analyse chimique montra la présence de trois centigrammes de mercure.

Le même processus se rencontre dans le cas rapporté par M. Renault (obs. III). On a, de même, retrouvé le mercure dans les urines de certains malades, plusieurs mois après la dernière injection.

Une observation de Hallopeau que nous rapportons (obs. IV) montre, au contraire, qu'une seule injection, à dose un peu forte, a pu déterminer la mort du sujet.

b) *Impossibilité ou tout au moins grande difficulté de pronostiquer la tolérance générale du malade, et la résistance de ses divers organes en face du traitement intensif.*

Dans la genèse des accidents mercuriels, il faut tenir grand compte des prédispositions spéciales du malade, prédispositions que l'on résume sous le nom d'*idiosyncrasie*.

L'idiosyncrasie peut être totale, c'est-à-dire que l'hydrargyrisme se produira chez le malade avec n'importe quel composé mercuriel et quel que soit son mode d'administration. Ce fait, heureusement rare, apporte au traitement de la syphilis un obstacle sérieux.

Le plus souvent, l'idiosyncrasie n'est que partielle, c'est-à-dire qu'elle n'existe que pour un ou plusieurs composés.

D'autre part, en dehors des idiosyncrasies, les accidents mercuriels peuvent, dans certains cas, être regardés comme le résultat de l'action irritante du médicament (éliminé par la glande) sur un système en état de réceptivité morbide. Tels sont les cas d'un mauvais état digestif, buccal ou gastro-intestinal, une imperméabilité plus ou moins complète de l'appareil rénal.

On conçoit donc quelle importance acquiert l'examen clinique soigneux des urines, avant toute injection d'huile grise, aussi bien avant la première qu'avant les suivantes.

Il y a avec les sels insolubles l'impossibilité de « tâter » la résistance du sujet, ce qui est d'autant plus grave que l'on injecte en une seule fois une *provision* de mercure.

Il faut donc être prudent dans les doses et surveiller attentivement le malade.

Disons aussi que l'intoxication peut se produire, malgré les précautions prises, ce que nous voyons dans le cas rapporté par Hallopeau (obs. IV), où la mort survint après *une seule* injection.

Par contre, certains sujets résistent d'une façon étonnante au mercure, tel ce malade de Degorce (obs. V) qui s'étant injecté lui-même la dose énorme de *un gramme trente de mercure en un mois*, sous forme d'huile grise, ne présenta que des signes d'intoxication relativement bénins.

c) *Difficulté de savoir comment se comportera la bouche du malade, soumis à une injection massive.*

L'état de la bouche du malade a une importance capitale, surtout (comme l'a montré le Professeur Fournier), s'il existe en cette région, à la langue, par exemple, des accidents ulcéreux, tels des gommès.

On peut, cependant, dans les cas où il n'existe pas de lésions spécifiques au niveau de la cavité buccale, *tirer quelques précieuses indications de l'examen des dents.*

L'état des dents exerce, en effet, une grande influence sur le caractère de gravité revêtu parfois par la stomatite ; les dents déchaussées, les caries dentaires, les chicots, le tartre, toutes les causes locales d'irritation déterminent la localisation septique sur la muqueuse en imminence morbide, ce qui explique l'existence des stomatites intenses déterminées par l'absorption de faibles doses de mercure. Cette influence est encore prouvée par ce fait que les enfants et les vieillards qui n'ont pas encore ou qui n'ont plus de dents font rarement des stomatites.

Pour Galippe, la gencive abrite par son bord libre des parasites qui disparaissent aussitôt que le bord libre de la gencive disparaît lui-même, ne trouvant plus de conditions favorables à leur développement.

L'importance de l'état des dents et des gencives s'accroît encore de ce fait que la stomatite mercurielle, comme toutes les autres stomatites toxiques, présente des caractères tellement voisins de ceux observés dans les stomatites septiques que l'on peut les considérer comme identiques. On admet actuellement que les stomatites toxiques ne sont que des stomatites microbiennes, dont le pronostic est considérablement aggravé par le mauvais état général, créé par la syphilis ainsi que par les lésions rénales (Brass et Wirth) et hépatiques (Simeray) qu'elle détermine et qui s'opposent à l'élimination du mercure absorbé.

En résumé, tout traitement mercuriel, surtout s'il s'agit de préparation à base de sels insolubles et plus particulièrement d'huile grise, doit être précédé d'un examen soigné de la cavité buccale, du système digestif, ainsi que d'un examen sérieux des urines.

d) *Impossibilité presque absolue de supprimer en cas d'urgence, les effets du mercure, s'il survient des accidents d'hydrargyrisme.*

On pourra cependant suivre le conseil du Professeur Gaucher : « En présence d'un malade ayant été traité par des injections d'huile grise, il faudra toujours palper les régions fessières où l'on pourra parfois constater la présence de nodules ; ceux-ci seront

encore plus facilement révélés par la *radiographie*, quand ils sont profonds.

Leur présence une fois constatée, l'excision s'impose, surtout quand l'état de la bouche, défectueux, pourrait faire craindre une stomatite grave » (1).

M. Gaucher considère que cette ligne de conduite lui a permis de sauver plusieurs malades et notamment celui qui fait l'objet de notre observation II.

II. — Inconvénients de nature.

Entre toutes les préparations mercurielles insolubles en général, les inconvénients spéciaux à l'huile grise sont :

a) *Les phénomènes douloureux, consécutifs à l'injection.*

En général, l'huile grise est admirablement bien tolérée. La douleur médiate est, sauf exceptions, nulle ou à peine marquée. Elle peut, toutefois, rendre la marche pénible pendant plusieurs jours. Exceptionnellement, on observe des douleurs névralgiformes irradiant à tout un membre et susceptibles d'une assez longue durée. Fournier a observé des cas où la douleur médiate fut particulièrement intense (observation VI).

b) *Les phénomènes inflammatoires non septiques et les indurations consécutives.*

Ces phénomènes sont, de même, rares avec l'huile grise.

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

c) *Les embolies cardio-pulmonaires* sont plus spéciales à l'huile grise. L'extrême division du mercure prédispose à ces accidents ; mais on en a, cependant, observé avec d'autres préparations.

Les embolies produites par l'huile grise sont pourtant *rare*s et « pour apprécier la valeur du reproche qu'on n'a pas manqué d'exagérer pour combattre la méthode des injections insolubles, il faudrait savoir avec quelle prudence les piqûres ont été faites dans ces cas malheureux ». (Emery) (1). En se conformant à la technique que nous avons énoncée (injection en deux temps, piston poussé avec lenteur), on doit se mettre à l'abri d'une aussi redoutable complication.

Lewin (2) rapportait à la Société de Médecine de Berlin, en 1892, *cinq cas d'embolies pulmonaires et deux fois la mort subite* par suite d'injection d'huile grise.

(1) EMERY. — Le traitement de la syphilis.

(2) LEWIN. — (*Mercure Médical*, 20 juillet 1892).

CHAPITRE III

Les accidents de l'huile grise

Les accidents toxiques causés par l'huile grise sont ceux que M. Letulle (1) décrit sous le nom d'hydrargyrisme subaiguë.

I. — Étiologie.

La prédisposition individuelle et l'idiosyncrasie médicamenteuse joue un rôle primordial dans ces déterminations toxiques.

La quantité de poison nécessaire pour produire des phénomènes toxiques est, nous l'avons déjà vu, de plus variable.

Parfois, une seule injection, même légère, donne

(1) M. LETULLE. — « L'hydrargyrisme », in Brouardel et Gilbert : *Traité de Médecine et Thérapeutique*. T. XI, Intoxications (1907, pages 150 et suivantes).

rapidement lieu aux accidents les plus inquiétants ; d'autres fois ce n'est qu'après une longue période de médication hydrargyrique qu'apparaissent tout à coup, sans raison plausible ou pour une cause apparente, les signes de l'intolérance.

L'état normal ou pathologique du foie, des reins, peut être aussi de l'intestin, règle souvent cette question de l'intolérance plus ou moins tardive.

II. — Etude clinique.

L'intoxication mercurielle subaiguë affecte, d'ordinaire, une symptomatologie assez régulièrement ordonnée. Les troubles débutent par l'abdomen et on a pu dire, assez justement, que l'hydrargyrisme subaigu est, avant tout, une infection intestinale.

1° ACCIDENTS GASTRO-INTESTINAUX. — Tout d'abord, le malade éprouve quelques coliques légères espacées et de courte durée. Bientôt les douleurs intestinales, d'abord circonscrites au trajet du gros intestin, augmentent de fréquence et d'intensité. L'abdomen s'endolorit, devient très sensible à la pression, surtout sur le trajet des côlons, et se balonne.

La diarrhée commence en même temps que les coliques ou peu de temps après elles ; bilieuse d'abord et bientôt séreuse ou muco-sanguinolente. Les selles peuvent devenir profuses, incoercibles et donnent lieu à des épreintes rectales des plus douloureuses.

La diarrhée est tenace, résiste à tout essai de traitement médicamenteux.

Dans l'intervalle des garde-robes le ventre reste tort endolori, sans qu'aucun moyen calmant parvienne à en atténuer la sensibilité. La douleur et les malaises abdominaux occasionnent quelques vomissements, sans caractère précis, quoique les matières vomies puissent contenir parfois des mucosités sanguinolentes.

Cet état abdominal, cette « entérite d'alarme » (Gaucher) persiste un ou deux jours et semble, de la sorte, servir de prodrome à la manifestation la plus saisissante, la plus commune de l'intoxication hydragyrique : à la stomatite mercurielle.

Nous donnons plus loin une observation (obs. VII) de Klein, où des accidents subaigus amenèrent la mort, et où les symptômes intestinaux furent très marqués.

2° LA STOMATITE MERCURIELLE. — Encore appelée *salivation mercurielle* (1) à cause de son symptôme prédominant, elle fut jadis considérée comme un mal nécessaire. Le traitement était lui-même considéré comme d'autant plus actif que la salivation était plus abondante.

Les modernes, plus prudents que leurs pères, évitent avec soin ces dangers redoutables.

Sa cause par excellence, peut être même sa cause unique est le mauvais état de la dentition.

Pour certains auteurs (Bergé, Galippe, Emery), la stomatite a une origine microbienne et le mercure ne joue qu'un rôle occasionnel, provocateur.

(1) EMERY. — Loc. cit.

M. Letulle note la prédisposition présentée par les fumeurs et les alcooliques.

La stomatite semble plus d'une fois commencer par un signe important : le *ptyalisme*, avant que les gencives ne paraissent atteintes. Cependant, dans le début, avant tout autre signe, le malade éprouve la sensation d'un malaise gingivo-dentaire, d'un agacement causé par l'impression d'un corps étranger, interposé entre les arcades dentaires, les gencives, les joues et la langue.

Dès ce moment, on trouve souvent à l'examen des stomatites partielles, des « *stomatites d'alarme* », selon l'expression du Professeur Fournier qui en distinguait quatre types principaux.

A) *La gingivite médiane inférieure* (collet des incisives médianes inférieures).

B) *La gingivite périphérique* qui se manifeste au tour d'un chicot, d'une dent cariée, etc...

C) *La stomatite génienne* se produisant sur la muqueuse de la joue au point correspondant à la dernière molaire inférieure, ordinairement du côté où dort le malade.

D) *Le décollement rétro-molaire*, type le plus commun (8 à 9 fois sur 10) qui consiste en l'inflammation du repli muqueux qui borde en arrière la dernière grosse molaire inférieure. Ce repli se décolle de la dent et forme une petite languette flottante, rouge, verticale, érosive et facilement saignante. La mastication devient douloureuse, le malade éprouvant l'impression tenace, fort pénible de plusieurs dents

ébranlées et comme allongées, soulevées dans leurs alvéoles.

Le ptyalisme qui s'installe peut représenter le symptôme cardinal de la stomatite et devenir excessif. Certains malades ont, jour et nuit, la bouche pleine de salive fade et d'odeur désagréable.

Le ptyalisme est quelquefois énorme, donnant par jour un à deux litres de liquide salivaire. Cette déperdition incessante d'une humeur organique constitue une source de fatigue et d'épuisement, dont le pronostic général ne peut pas ne pas tenir compte, d'autant que nulle médication ne parvient à calmer la salivation tant que dure la stomatite.

L'intensité de la salivation n'a aucun rapport avec la gravité de la stomatite : elle peut faire défaut ou être à peine accusée dans les cas graves, rapidement mortels (Butte).

M. Gaucher divise schématiquement l'évolution de la stomatite mercurielle en trois périodes.

a) Elle débute parfois après l'« entérite d'alarme » comme une stomatite banale, c'est-à-dire que la langue est tuméfiée, recouverte d'un exsudat blanchâtre, pultacé. A cette période la stomatite est diffuse, généralisée, de gravité moyenne.

b) Dans une deuxième période, parfois après une amélioration passagère des symptômes violents du début, la stomatite se localise en certains points. La muqueuse de la bouche s'érode et s'ulcère : sur tous les points où la cavité buccale se trouve exposée à une pression forte, en particulier dans les régions sou-

mises à un contact de plus en plus forcé avec les dents, l'inflammation ulcération apparaît.

Le bord libre des gencives, tout d'abord s'excorie, devient pulpeux et grisâtre, facilement saignant, puis se recouvre d'un enduit gris ou jaune verdâtre et souvent d'aspect gangréneux.

En même temps, de chaque côté des arcades dentaires, la muqueuse de la joue, des lèvres, et le bord correspondant de la langue subissent la même réaction inflammatoire, ulcération et se couvrent à leur tour d'un même enduit, d'aspect pseudo-membraneux.

Cette véritable *stomatite ulcéro-membraneuse* « mercurielle par sa cause primordiale, marginale pas sa circonscription » (Letulle) se prolonge jusqu'au pourtour de la dernière molaire inférieure, où la dent de sagesse est souvent déjà, par elle-même, un foyer générateur d'infections aiguës, dont on connaît la fréquente gravité.

A ce moment, la langue, tuméfiée parfois d'une façon extraordinaire, s'écarte de deux maxillaires et fait saillie hors de la cavité buccale. Elle s'oppose à la déglutition, même de petites quantités de liquide et par son volume gêne non-seulement les mouvements de la mâchoire, mais aussi la respiration.

La muqueuse linguale exposée en permanence à l'air, se dessèche, se fendille, s'excorie et contribue encore par sa fixité invincible à l'aggravation des infections qui envahissent la bouche et le pharynx.

L'haleine est d'une fétidité extrême et son odeur rappelle celle de la gangrène.

Pour peu que ces accidents aigus s'accompagnent

de protursion de la langue hors de la bouche, durant quelques jours, *la vie du malade se trouve bientôt en danger*; le sphacèle de vastes surfaces de la muqueuse linguale écrasée sur les arcades dentaires, devient menaçant et se complique même de nécrose des maxillaires.

Le maxillaire paraît frappé de nécrose en un point, au contact duquel les tissus mous restent ulcérés et se sphacèlent; cette nécrose mercurielle constitue dorénavant toute la maladie.

Parfois, on note autour du foyer de gangrène, une tuméfaction de l'os et des tissus environnants, véritable œdème chronique d'origine inflammatoire, de consistance dure, ligneuse à évolution lente, bien différente du phlegmon sus-hyoïdien (angine de Ludwig), dont il a cependant l'apparence extérieure (Gaucher).

c) Enfin, dans une troisième période, la stomatite gangréneuse et nécrotique se propage vers le pharynx et même plus bas : gangrène pulmonaire (Simon).

Des complications importantes et redoutables peuvent survenir, amenant la mort du malade; ce sont d'abord l'infiltration œdémateuse de la glotte et l'asphyxie; en second lieu, les hémorragies foudroyantes résultant de l'ulcération gangréneuse des vaisseaux.

3° TROUBLES URINAIRES. — Les manifestations urinaires de l'hydrargyrisme subaigu sont d'une haute importance puisqu'il s'agit d'une néphrite aiguë toxique, toujours redoutable. Les reins fonctionnent mal, les urines deviennent rares, chargées

de sels, souvent albumineuses, quelquefois même sanguinolentes. On a, parfois, trouvé des traces de mercure dans les urines. L'anurie est assez rare.

4° LES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Ils sont assez graves : le malade est affaîssé, adynamique ; le collapsus est fréquent ; la température du corps peut tomber au-dessous de la normale ; la pression artérielle de même, le pouls est petit, fréquent, irrégulier ; il y a des sueurs froides, des palpitations, des défaillances, enfin, les symptômes au cours desquels la mort peut survenir subitement.

5° HYDRARGYRIE : ACCIDENTS CUTANÉS. — L'hydrargyrie, plus que tout autre accident, est la conséquence d'idiosyncrasie.

Elle revêt l'aspect clinique d'un *érythème polymorphe desquamatif* avec des types divers : scarlatiniforme, morbilliforme, urticarien. Au point de vue clinique on lui décrit trois formes :

LÉGÈRE (limitée aux régions sudoripares).

MOYENNE (la plus commune, ordinairement scarlatiniforme).

GRAVE (à éruption généralisée avec desquamation suivie de la chute de l'épiderme laissant à nu des larges surfaces suintantes analogues à celles qu'on observe à la suite de grandes brûlures).

6° EVOLUTION. — DURÉE. — TERMINAISON. — La marche et la durée des accidents toxiques provoqués par l'huile grise sont assez variables.

Les formes graves évoluent en une ou deux semaines ; parfois avec une rémission trompeuse vers le septième jour.

La mort, sans être la règle, est assez fréquente, surtout dans les stomatites gangréneuses, où les lésions des parties molles sont importantes et lorsque le foie et le rein sont touchés.

Dans les observations que nous rapportons plus loin, bon nombre d'accidents ont été mortels.

CHAPITRE IV

Traitement des accidents de l'huile grise

I. — Traitements prophylactiques.

Nous avons déjà dit, plus haut, au sujet des inconvénients de l'huile grise qu'il fallait examiner soigneusement le système digestif et le foie, ainsi que le système urinaire (1) des malades que l'on veut soumettre au traitement par l'huile grise.

Nous avons dit aussi que l'huile grise constituait une excellente thérapeutique des cas moyens et légers, mais que les intoxications ne permettaient pas de dépasser certaines doses et d'employer des doses massives contre les cas rebelles.

(1) Recherche de l'albumine, de la perméabilité rénale, (densité, toxicité).

En ce qui concerne cette redoutable complication qu'est la stomatite, on devra observer les règles prophylactiques suivantes :

a) *Ne jamais prescrire un traitement à l'huile grise, sans avoir soigneusement examiné la bouche du malade et constaté qu'elle est en bon état.*

Sinon différer, à moins d'indications urgentes, l'administration du mercure jusqu'à ce que le dentiste ait fait son œuvre.

b) *Surveiller minutieusement et le plus souvent possible la bouche du malade et rechercher toujours ces « stomatites d'alarme » de Fournier, ainsi que l'« entérite d'alarme » de Gaucher.*

c) *Prescrire au malade en cours de traitement une rigoureuse hygiène buccale, c'est-à-dire brossage des dents, matin et soir avec une brosse molle, bouillie au moins une fois par jour et plongée en permanence dans une solution antiseptique (solution faible de sublimé). Cette brosse sera enduite d'une pâte ou d'une poudre dentifrice.*

M. Chompret recommande le savon suivant au sublimé (1) :

Savon médicinal.....	25 gr.
Glycérine	5 gr.
Sublimé	0 gr. 30
Essence de menthe.....	0 gr. 50
Essence de Badiane.....	0 gr. 50
Carmin n° 40. — Q. S. pour colorer.	

(1) Gaston LYON. — Loc. cit., page 23.

Après chaque brossage, la bouche sera rincée avec une solution de chlorate de potasse à 30 pour 1000.

Le malade se rincer la bouche après chaque repas à l'eau oxygénée au 1/4.

Le tabac sera absolument proscrit.

Les précautions ci-dessus sont absolument indispensables.

d) *Instruire toujours le malade de la possibilité des accidents buccaux*, de façon qu'il vienne consulter à nouveau à la moindre menace d'irritation gingivale.

Actuellement, ce traitement préventif a permis de réduire beaucoup de stomatites à forme grave.

Si malgré ces précautions, ou en leur absence, la stomatite s'est produite, on suivra le traitement suivant :

II. — Traitement curatif.

a) Cesser le traitement.

b) Rechercher s'il n'existe pas aux fesses des nodules ; faire, au besoin, une radiographie et si les accidents sont graves ou semblent devoir l'être, ne pas hésiter à faire exciser ces réserves de produit toxique.

c) Localement, on tentera la guérison par de grands lavages répétés à l'eau oxygénée, au permanganate de potasse, par des attouchements des gencives à la teinture d'iode, par l'absorption d'eau sulfurée (eau d'Uriage préconisée par le Professeur Gaucher) pour favoriser l'élimination du mercure.

Enfin, faire au besoin un drainage de la région sous-maxillaire qui, en permettant l'écoulement permanent de la sérosité de l'œdème, sera le meilleur moyen de parer aux accidents menaçants de l'œdème glottique.

d) Alimentation. Aux périodes aiguës de la stomatite, le lait est souvent le seul aliment bien supporté. Il est formellement indiqué dès que les urines deviennent albumineuses.

OBSERVATIONS

Accidents mortels dus à l'huile grise.

OBSERVATION I (Professeur SIMON).

*Stomatite gangréneuse. — Gangrène pulmonaire.
— Cachexie. — Mort.*

J. H., 22 ans, couturière. Entre le 16 décembre 1913 dans le service de M. le Professeur Simon (Hôpital civil de Nancy) pour une stomatite mercurielle.

Elle a eu quatre ou 5 mois auparavant un chancre des organes génitaux, suivi deux mois plus tard de l'éruption roséolique. Un médecin qu'elle consulte lui fait *six injections d'huile grise à l'aide d'une seringue de Pravaz ordinaire*.

Vers le 1^{er} décembre, la malade a remarqué que la salivation est devenue très abondante ; vers le 8 décembre ses

lèvres et ses joues ont enflé ; enfin, depuis le 13 décembre, elle ne peut plus fermer la bouche. Elle a eu, en même temps plusieurs hématomèses à sang noir, accompagnées de selles noires (couleur de goudron), mais contenant aussi un peu de sang rouge. Elle dit avoir à la bouche un goût métallique.

Les dents sont en bon état et sans carie.

Etat au 16 décembre 1913.

Malade amaigrie, affaiblie ; dans l'après-midi elle a encore trois hématomèses avec sang légèrement noirâtre. La salivation est abondante ; avec la salive sont rejetés des caillots sanguins et des fausses membranes roses ou jaunes ; l'haleine est fétide. La bouche est entr'ouverte ; la malade ne peut ni la fermer, ni l'ouvrir complètement ; les joues et les lèvres sont très œdématisées, douloureuses et la pression exagère encore ces douleurs. La face interne des joues, de même que la langue, est tapissée d'un enduit épais, jaunâtre, à odeur fétide, se détachant facilement, on aperçoit une ulcération à la face interne de la joue gauche.

La pression, au niveau du creux épigastrique est douloureuse : pas de résistance de la paroi, pas de clapotage ; depuis vingt jours, la malade a des selles diarrhéiques et il n'y a que trois jours qu'elles contiennent du sang. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

Les douleurs gastriques ont un caractère transfixif, avec irradiations dans le dos, ayant leur maximum après les repas. Les vomissements sont verdâtres, bilieux. Il y a aussi des pituites matinales acides, agaçant les dents.

Appareil respiratoire : rien d'anormal.

Appareil circulatoire : pouls égal, régulier, mais très rapide (140). La malade est facilement essoufflée.

Appareil urinaire : pas de pollakyurie, pas d'œdème des membres ; avec l'acide nitrique, on obtient un double anneau, très léger, d'albumine et d'urates.

Appareil génital : réglée à 14 ans régulièrement ; pertes blanches.

Système nerveux : réflexes rotuliens brusques et exagérés des deux côtés. Trépidation épileptoïde à droite.

18 décembre.

Haleine extrêmement fétide ; on ne sent pas de ganglions. Lèvre inférieure très tuméfiée, en ectropion, avec un sillon médian par où s'écoule la salive. A la face interne de la lèvre, on voit une vaste ulcération recouverte de détritüs gris noirâtre. Les gencives sont rouges et légèrement boursoufflées. Les dents antérieures ne sont pas ébranlées. La face interne de la joue gauche présente une ulcération identique à celle de la lèvre et s'étendant jusqu'à la dernière molaire ; à la face interne de la joue droite, on voit une ulcération moins grande, correspondant à l'insertion des arcades.

Les gencives inférieures sont ulcérées le long de la sertissure des dents. Il existe une autre ulcération au niveau du voile du palais qui est d'ailleurs enflammé dans toute son étendue. Une ulcération de même caractère se trouve à la pointe de la langue, d'autres sur les bords de l'organe qui est très tuméfié et qui garde l'empreinte des dents. La région sous-maxillaire est empâtée.

Le facies est pâle ; la température normale ; les urines rares et troubles. Les vomissements sont encore fréquents, mais ne renferment pas de sang.

Le pouls est fréquent, mais régulier ; il présente quelques faiblesses dans la soirée.

19 décembre.

Le matin, vomissement contenant un liquide visqueux, gélatineux ; le soir, la malade se sent mieux. Pouls : 120. Pas d'albumine dans les urines.

22 décembre.

Les paupières et les joues ont considérablement dégonflé. La malade peut parler un peu. L'haleine est moins fétide. L'après-midi, elle rejette encore du sang, mais sans effort de toux, ni vomissements ; ce sang de couleur très foncée est en assez grande quantité mélangé à la salive.

23 décembre.

Le mieux s'accroît ; violents maux de tête.

24 décembre.

La joue gauche est un peu plus enflée, mais l'état général s'améliore plutôt.

Pouls toujours très fréquent.

25 décembre.

L'œdème débute au niveau de l'œil gauche, gagne l'œil droit, puis la partie inférieure de la face et légèrement le cou. Les lèvres deviennent énormes. La malade ne peut, de nouveau, plus parler. Toutes les régions enflées sont douloureuses. La salive qui s'écoule est presque purulente.

26 décembre.

Les deux joues sont très enflées ainsi que la lèvre inférieure. Pouls à 140.

27 décembre.

Le visage est moins enflé ; la salive n'est plus purulente.

29 décembre.

L'œdème de la face diminue lentement.

30 décembre.

L'œdème se localise aux lèvres et aux joues. La salive contient un peu de sang. Haleine fétide. Léger anneau d'albumine.

31 décembre.

Etat stationnaire.

2 janvier 1914.

Légère amélioration ; l'œdème persiste aux joues.

5 janvier.

L'œdème augmente et diminue alternativement. La paupière supérieure gauche est considérablement œdématiée. Le sphacèle s'étend à toute la cavité buccale. Le soir, l'œdème est moins accusé aux paupières gauches (le matin on a fait une injection de térébenthine pour provoquer un abcès de fixation).

7 janvier.

Tamponnement de la face interne des lèvres et de la face externe des gencives ; gargarismes avec une solution de néo-salvarsan.

8 janvier.

Nouveau traitement à l'arsénobenzol.

Le soir, l'œdème a manifestement diminué, surtout au niveau du menton et de la lèvre inférieure. La malade peut entr'ouvrir davantage la bouche. Sur les gencives et la face interne des lèvres, les fausses membranes ont presque totalement disparu.

L'analyse bactériologique dénote dans la salive la présence de *Bacilles de Vincent*.

L'abcès de fixation de la cuisse s'est ouvert.

10 janvier.

L'œdème a un peu augmenté le 9 et persiste le 10. Nouvelle cure d'arsénobenzol.

12 janvier.

Œdème considérable de la face, prédominant nettement à gauche. Pouls à 160.

16 janvier.

Œdème toujours considérable à gauche. La palpation est douloureuse. Les deux joues sont tendues. La salivation est continuelle. L'haleine fétide.

17 janvier.

Formation d'un abcès à la joue gauche.

21 janvier.

On essaye, au prix de vives douleurs, de nettoyer la cavité buccale avec des tampons imbibés d'eau oxygénée.

22 janvier.

L'empâtement est moindre.

27 janvier.

Fausses membranes tapissant la face interne des joues, la face interne des lèvres et la face externe des arcades dentaires.

28 janvier.

Injection intraveineuse de « néo-arsénobenzol ».

29 janvier.

Haleine plus fétide. Albumine dans les urines. Exsudat diphtéroïde de la cavité buccale.

30 janvier.

Même état des œdèmes présentant toujours des alternatives de recrudescence.

On continue les tamponnements à l'eau oxygénée.

2 février.

La température monte, l'haleine est de plus en plus fétide.

4 février.

Température moins élevée. Pouls à 140.

5 février.

La malade dort presque continuellement. Pouls à 160.

6 février.

La malade a du trismus et ne peut plus écarter les mâchoires. Elle rejette une sorte de pus rougeâtre, fétide.

7 février.

Injection intraveineuse de 0 gr. 05 de néo-salvarsan.

11 février.

Somnolence continue. Une dent s'est détachée spontanément. Au niveau des joues excavées, on voit de larges placards livides.

12 février.

Irrigations buccales au permanganate de potasse.

18 février.

Cachexie extrême. Pouls à 160. Sueurs profuses. Vomissements.

Sur chaque joue, il y a une escharre large à peu près

comme une pièce de 5 francs. La joue droite est perforée, le pus s'écoule par l'orifice.

21 février.

Mort.

Autopsie pratiquée le 23 février.

APPAREIL RESPIRATOIRE. — Les deux poumons sont adhérents au sommet.

A droite : Lésions de bronchopneumonie, avec, au centre, un *ilôt gangréneux verdâtre*.

A gauche : Bronchopneumonie du lobe inférieur.

Emphysème du sommet et des bords antérieurs.

APPAREIL RÉNAL. — Néphrite intense de deux côtés ; reins mous, à substance corticale pâle, tuméfiée ; teinte violacée des pyramides. Le rein gauche est facilement décortiqué.

RATE. — Volume normal. Quelques taches de périsplénite ; aspect normal de la pulpe.

COEUR. — Petit, flasque, surchargé de graisse. Le myocarde présente une teinte jaunâtre. L'endocarde auriculaire présente quelques ecchymoses. Le ventricule droit est dilaté, de même l'orifice mitral.

FOIE. — Présente des taches marbrées violacées et jaunegris (mastic) ; des lésions de dégénérescence graisseuse. La bile est de teinte foncée avec du sable biliaire abondant.

TUBE DIGESTIF. — 1° *Cavité bucco-pharyngée*. — Gangrène des bords de la langue et de la région gingivo-labiale. A la face interne de la joue droite plaque de nécrose de la grandeur d'une pièce de 2 francs.

A gauche : simple plaque bleue sans escharres.

2° *Œsophage*. — Quelques petites varices.

3° *Estomac*. — Teinte plombée de la muqueuse sans ulcérations.

4° *Duodenum*. — Piqueté hémorragique au niveau des bords des valvules conniventes. Teinte grisâtre de la muqueuse.

5° *Colon*. — Contient des matières diarrhéiques jaunâtres.

6° *Cæcum*. — Présente des ecchymoses très abondantes.

7° *Iléon* (portion terminale). — Lésions inflammatoires de la muqueuse ; les bords des valvules sont rouges, gonflés, œdédiatiés ; dans le jejuno-iléon les lésions sont moindres.

OBSERVATION II (Professeur GAUCHER).

Stomatite mercurielle extrêmement grave. — Excision de nodules fessiers (au niveau d'une ancienne injection). — Guérison.

Un malade présentant des signes de tabès depuis vingt ans, a été soigné pendant un an, puis a négligé sa maladie.

Pendant la première année, on le met au traitement mercuriel par les injections journalières de benzoate ; soigné ensuite dans un autre hôpital, on lui fait neuf injections d'huile grise ; déjà après la septième piqure, les gencives étaient douloureuses ; on pratique, néanmoins, la huitième et la neuvième, le malade n'ayant pas d'albumine dans les urines et semblant pouvoir supporter ce traitement. Il

revient à la clinique après ce traitement de deux mois avec une stomatite mercurielle extrêmement grave.

Les phénomènes tabétiques n'étaient, du reste, nullement améliorés. Il y a du trismus, on ouvre la bouche avec une grande difficulté ; la langue est tuméfiée, la muqueuse buccale ulcérée, la salivation abondante, continuelle.

Sous l'influence de lavages fréquents à l'eau oxygénée, de badigeonnages à la teinture d'iode, d'eau d'Uriage, la stomatite subit une amélioration et comme un temps d'arrêt, comme si la solubilisation de la réserve mercurielle avait été momentanément interrompue.

En effet, une dizaine de jours après, reprise soudaine et intense de la stomatite, extension du foyer nécrotique sur la face interne de la joue droite, sur la muqueuse gingivale et sur le bord de la langue ; ulcération grisâtre sphacélique, chute des grosses et petites molaires, à la face desquelles on aperçoit un bourbillon grisâtre en voie d'élimination résultant d'une nécrose du maxillaire inférieur en cet endroit ; large ulcération à la partie postérieure de la langue au contact de la nécrose ; empâtement et induration ligneuse des tissus dans la région sous-maxillaire droite, au-dessous de l'os gangrené ; teint pâle terreux ; l'état général, grave, est celui des grands infectés. Dans les jours qui suivent, et malgré le traitement, le foyer nécrotique semble avoir progressé dans l'arrière-gorge, vers le pharynx ; aussi, une crise de suffocation grave survient une nuit ; pour éviter l'œdème de la glotte menaçant, on songe à une intervention chirurgicale. L'analyse d'urine vient montrer la présence nette de mercure en proportion excessivement faible.

Cette présence du mercure dans les urines, plus d'un mois après la cessation des injections mercurielles démontre que le malade possédait encore en lui une source

d'intoxication : on sent, en effet, dans la fesse droite, une induration nodulaire qu'on décide d'exciser. Grâce à cette intervention et à l'incision de la tuméfaction sous-maxillaire qui laisse écouler une sérosité sanguinolente, louche, le malade se remet peu à peu, la nécrose semblant être localisée à l'angle du maxillaire, d'où l'on éliminera plus tard de volumineux séquestres. *L'examen des nodules a montré qu'il y avait encore trois centigrammes de mercure plus de trois mois après la dernière injection*, ce qui avait d'ailleurs fait présumer la présence de traces nettes de mercure dans les urines.

Aussi, c'est à bon droit, qu'on peut penser que, sans l'ablation du nodule, des phénomènes beaucoup plus graves se seraient produits.

OBSERVATION III (RENAULT) (1).

Stomatite par l'huile grise.

M. Renault rapporte l'observation d'une femme de 34 ans à qui l'on fit trois injections d'huile grise. Sortie de l'hôpital Broca, le 15 juin, elle fut, le 24 juillet suivant, sans avoir pris aucun autre médicament, atteinte d'une stomatite exceptionnellement intense. On peut penser que lors des injections massives, le mercure s'emmagine pour être mis en liberté ultérieurement.

(1) (*Journal des Praticiens*, 18 avril 1894, page 368).

OBSERVATION IV (HALLOPEAU-in FOURNIER (1)).

Intoxication mortelle.

Il s'agit d'un cas, dans lequel *une injection* (à la vérité un peu forte) d'huile grise fut suivie d'une *stomatite effroyable* qui se compliqua de glossite, de phlegmon de la joue et des symptômes généraux graves.

La tuméfaction de la langue était telle que pendant toute une nuit on fut sur le point de pratiquer la trachéotomie, la malade étant en état de suffocation imminente. Finalement, la scène se termina par la mort.

OBSERVATION V (DEGORCE) (2).

Un cas de tolérance remarquable à l'égard de l'huile grise.

Un agent de police, âgé de 40 ans, robustement constitué, vient trouver M. Degorce au mois de février 1913, pour lui demander quel traitement il convenait d'appliquer à une syphilis vieille de huit ans et, d'après lui, rebelle au traitement.

En réalité, ce malade souffrait d'un traitement extrava-

(1) Professeur FOURNIER. — Traitement de la syphilis, page 329-330.

(2) DEGORCE. — Un cas de tolérance remarquable à l'égard de l'huile grise (*Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine*. T. IV, n° 6. Juin 1913, page 307).

(Analyse in *Presse Médicale*. T. XXI, 13 août 1913, page 676).

gant qu'il avait appliqué de son propre chef à de soi-disant accidents syphilitiques.

Il avait observé, le 16 janvier 1913, quelques éléments rouges enflammés sur la peau des bras. Croyant avoir affaire à un retour d'accidents syphilitiques, il avait acheté une boîte d'ampoules-seringues d'huile grise chez un pharmacien et s'était injecté *en trente jours, dix-sept ampoules, dosées à huit centigrammes de mercure par ampoule*, soit, en tenant compte d'une légère perte survenue lors des deux premières injections, environ 1 gr. 30 de mercure.

Les injections furent d'abord pratiquées tous les jours, puis tous les deux jours à partir de la sixième.

Comme il y avait eu perte d'un peu d'huile grise, lors de deux premières injections, deux ampoules furent injectées au même point dans ces deux premières séances.

Les piqûres furent pratiquées dans le tissu cellulaire sous-cutané du ventre et de la face interne des cuisses.

La dernière injection eut lieu le 9 février. A cette date, le malade fut pris de vertiges et de sueurs abondantes. Il pouvait à peine se tenir debout. C'est alors qu'il vint demander à M. Degorce un traitement plus énergique contre sa maladie.

Celui-ci constata l'existence de quinze tubercules violacés siégeant au niveau du ventre et de la face interne des cuisses et correspondant à autant d'injections d'huile grise.

Quatre de ces tubercules étaient abcédés et fistulisés. L'état général était mauvais. Le visage était pâle, amaigri ; il existait de la gingivite. La langue était chargée.

Les urines ne contenaient pas d'albumine, mais de faibles quantités de mercure.

Le 5 mars, survinrent des vomissements, des selles dysentériques fréquentes, avec tenesme. Ces accidents cessèrent après quelques jours de régime lacté.

Dans le courant du mois de mars, une cinquième indura-

tion s'abcède, puis les accidents s'atténuèrent progressivement.

Le malade a été revu le 10 mai. Il est maintenant en bon état de santé. Tous les tubercules indurés se sont affaîssés et ont perdu leur coloration violacée ; la gingivite a complètement disparu depuis huit jours environ.

OBSERVATION VI (FOURNIER) (1).

Fournier cite, à titre de cas exceptionnel, l'observation d'une femme chez laquelle deux injections d'huile grise à faible dose déterminèrent l'une et l'autre des crises douloureuses d'une extraordinaire accuité.

La première injection, pratiquée avec les plus grands soins et l'antisepsie la plus rigoureuse par le Docteur Le Pileur, détermina presque séance tenante, une crise névralgique atroce dans la fesse et le membre inférieur correspondant.

Cette crise dura toute une nuit, pendant laquelle la malade (à la vérité très nerveuse de nature) fut en proie à une angoisse douloureuse, continue, avec exacerbations intermittentes où la souffrance atteignait une apogée indescriptible.

Courageusement, la malade se soumit une quinzaine plus tard, à une seconde injection qui détermina exactement la même scène.

Les deux injections, cependant, avaient été faites profondément et en plein tissu musculaire.

(1) Professeur FOURNIER. — Traitement de la syphilis, p. 331.

OBSERVATION VII (KLEIN) (1).

Intoxication mortelle par l'huile grise.

Un syphilitique, âgé de 26 ans a reçu une quinzaine d'injections d'huile grise.

Les accidents débutent par une stomatite et une diarrhée rebelle. Cachexie rapide et mort en quinze jours.

A l'autopsie, on trouve une néphrite, de la nécrose de l'intestin, du catarrhe gastrique et une stomatite gangréneuse.

OBSERVATION VIII (H. HALLOPEAU) (2).

Stomatite, glossite, phlegmon de la bouche après injections d'huile grise.

La nommée Ch..., âgée de 29 ans, entre le 16 juillet 1888 au n° 21 de la Salle Lugol atteint d'une stomatite intense.

Elle rapporte qu'on lui a fait à huit jours d'intervalle, dans une clinique de la ville, cinq injections sous-cutanées d'une huile mercurielle que nous avons su depuis être ainsi composée :

(1) (*Deutsche Med. Woch*, 1893, n° 1, page 795).

(2) HALLOPEAU. — Des inconvénients et des dangers inhérents au traitement de la syphilis par les injections de mercure, pratiquées à intervalles éloignés (*Bulletin Médical*, 19 août 1889, page 1114).

Mercure métallique.....	9 grammes.
Lanoline	6 —
Huile d'amandes douces.....	15 —

La dernière injection datait du 8 juillet.

La dose a été pour les deux premières injections de un centimètre cube ; pour les deux dernières de un demi centimètre cube.

La stomatite a débuté il y a quelques jours, elle est des plus intense ; la salivation est courante, abondante et très fétide.

Les muqueuses de la langue, des gencives, des lèvres et des joues sont recouvertes d'un épais détritüs sous lequel on trouve des exulcérations ; la langue tuméfiée ne peut être propulsée hors de la cavité buccale ; la parole est très embarrassée et la déglutition considérablement gênée ; les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés.

On voit au niveau de deux piqûres, des masses volumineuses, douloureuses à la pression et au niveau desquelles la peau est rouge.

Malgré un traitement actif par le chlorate de potasse employé intus et extra, la situation s'aggrave les jours suivants ; la parole et la déglutition deviennent impossibles, nous devons recourir, pour alimenter la malade, aux lavements de peptones. Les phlegmons consécutifs aux injections suppurent et s'ouvrent.

Le 28 juillet, la malade éprouve, sans doute du fait de la tuméfaction de la langue, de la suffocation, dont l'intensité devient telle pendant la nuit que l'interne de garde se demande s'il ne doit pas pratiquer la trachéotomie.

Le 1^{er} août, la dyspnée est moindre, mais la déglutition est toujours difficile et la parole très embarrassée.

La malade, toujours anxieuse et agitée se lamente et répète qu'elle va mourir ; les dents sont ébranlées, les

gencives exulcérées, la salive expulsée est mélangée de sang.

Le 10 août, la stomatite persiste avec moins d'intensité.

Le 16 août, les lésions sont encore en pleine activité.

Le 21 août, la muqueuse buccale est toujours très malade ; la joue gauche est le siège d'un phlegmon étendu ; l'alimentation ne se fait que d'une manière très insuffisante ; la malade a beaucoup maigri, ses traits se sont profondément altérés.

Ainsi, dans ce cas, cinq injections d'huile grise, pratiquées à huit jours d'intervalle, ont provoqué une stomatite d'une gravité telle qu'elle a mis en péril la vie de la malade.

OBSERVATION IX (GAUCHER) (1).

Stomatite mercurielle. — Nécrose limitée du maxillaire. — Guérison.

Un homme âgé de 54 ans consulte au mois de mai 1906 pour des troubles, faisant craindre une syphilis cérébrale.

M. Gaucher lui prescrit des pilules de sublimé et de l'iode de potassium, car il y a de l'eczéma des mains.

Trois semaines après, ayant constaté une petite gomme du voile du palais, M. Gaucher ordonne des injections sous-cutanées quotidiennes de benzoate de mercure. Les trouvant trop douloureuses, son médecin lui propose des injections d'huile grise.

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

Deux mois après, il avait reçu cinq injections d'huile grise qu'on avait été obligé d'interrompre, à la suite d'entérite glaireuse qui dura peu et d'une stomatite mercurielle qui, elle, persista encore deux mois après, malgré la cessation complète du mercure. Les gencives sont tuméfiées, fongueuses, saignantes, et l'on trouve une nécrose du bord alvéolaire du maxillaire supérieur avec un séquestre peu mobile encore, mais dénudé et suppurant abondamment. En palpant les fesses, on ne trouve aucun nodule.

Le traitement d'usage est prescrit : eau d'Uriage, lavage à l'eau oxygénée, attouchements des gencives à la teinture d'iode.

La stomatite s'améliore peu à peu sous l'influence de ce traitement ; quelques semaines après, le séquestre devient mobile et son ablation déterminera la guérison.

Si dans ce cas, la mort ne s'est pas produite, c'est que la nécrose a été limitée.

OBSERVATION X (GAUCHER) (1).

Stomatite gangréneuse. — Mort.

Une malade de 50 ans, entre en décembre 1902 à l'Hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, pour des syphilides ulcéreuses du pharynx.

Malgré les ordres du Professeur Gaucher et à son insu, elle fut traitée par des injections d'huile grise. A la suite de cette médication, une stomatite très grave se déclara, s'accompagnant bientôt de gangrène de la bouche et du pharynx qui amena rapidement la mort.

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

OBSERVATION XI (GAUCHER) (1).

*Stomatite gangréneuse. — Nécrose du maxillaire
inférieur. — Mort.*

Un homme de 25 ans, a été soigné à l'Hôpital Ricord, en mai 1905, pour des plaques muqueuses de la bouche et de l'anus, par quatre injections d'huile grise.

Un mois après son entrée, il sortit de l'hôpital avec une stomatite mercurielle et entra dans le service du Professeur Gaucher.

Il présente à ce moment du trismus. Des lavages répétés à l'eau oxygénée amènent une amélioration passagère ; deux mois après, il rentre à l'hôpital, avec, cette fois-ci, une stomatite mercurielle très intense et du trismus très marqué. L'haleine est infecte, la salivation abondante, il y a de l'adénopathie sous-maxillaire bilatérale et une diarrhée abondante, mais les urines ne contiennent pas d'albumine.

Malgré les lavages répétés à l'eau oxygénée, des attouchements à la teinture d'iode, des gargarismes fréquents, l'état ne s'améliore pas, et le malade, au cours d'un lavage, élimine un séquestre.

Les lésions paraissant s'étendre, on fait pratiquer un grattage de la bouche par le chirurgien ; le malade meurt, cependant, quelques jours après.

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

A l'autopsie, on trouve une nécrose du maxillaire inférieur gauche, sur l'angle de la mâchoire et le long de la branche montante ; les muscles masticateurs sont en bouillie, et l'escharre s'étendant en dehors, menaçait de perforer la joue gauche.

OBSERVATION XII (GAUCHER) (1).

Stomatite ulcéro-membraneuse. — Hémorragie. — Mort.

Un vieillard de 71 ans, ayant contracté un chancre du médius droit, fit un an après l'accident initial des gommès du membre supérieur.

On lui fait des piqûres d'huile grise, par séries de cinq piqûres tous les six mois.

Ce traitement est continué pendant deux ans.

A ce moment, il est atteint d'une surdité subite et de paralysie faciale qu'on traite par quatre piqûres d'huile grise.

Deux mois après, il entre à l'hôpital avec une stomatite grave, du trismus, une salivation très abondante et fétide, des fausses membranes grisâtres et des ulcérations du voile du palais.

Brusquement, trois semaines après, le malade meurt à la suite d'une hémorragie foudroyante.

On trouve à l'autopsie, une large ulcération au niveau de l'amygdale, ayant perforé l'artère.

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

OBSERVATION XIII (GAUCHER) (1).

Stomatite gangréneuse. — Hémorragie. — Mort.

(Communiquée à M. le Professeur GAUCHER, par M. FOUQUET, remplaçant le Docteur BALZER, dans son service).

C'est le cas d'un homme de 35 ans, syphilitique depuis sept ans, irrégulièrement soigné. Il a reçu en mai et juin 1913, quatre injections d'huile grise pour des accidents oculaires.

Après la quatrième injection, le malade quitte Paris, et c'est pendant son séjour à la campagne que débute la stomatite.

Il revient à Paris et entre à la fin de juillet 1913 à l'hôpital, atteint d'une stomatite intense. Salivation très abondante, fétide, langue énorme, empêchant le malade de parler distinctement, trismus ne permettant pas l'examen du pharynx.

Au mois d'août, chute de quatre dents ; dans le sillon gingival droit, à la hauteur des dernières molaires, il existe deux ulcérations couenneuses d'aspect ; les urines contiennent de l'albumine.

Malgré le traitement (eau d'Uriage, teinture d'iode, irri-

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

gations chloralées), quelques jours après avoir rendu les fragments de tissu sphacélé, il meurt d'une hémorragie foudroyante dans les premiers jours de septembre.

OBSERVATION XIV (GAUCHER) (1).

*Stomatite mercurielle. — Infiltration du plancher
buccal. — Mort.*

Le sujet, âgé de 50 ans, contracta la syphilis en 1915 (janvier). Il fut d'abord traité, sans accident, par dix injections de bi-iodure de mercure.

Il fut traité ensuite par l'huile grise à la dose hebdomadaire de 8 centigrammes de mercure.

Dix injections furent faites qui déterminèrent une stomatite très grave, avec infiltration du plancher buccal, pour laquelle infiltration le sujet entra à Saint-Louis en juillet 1915.

Admis dans un service de chirurgie, il fut opéré d'urgence : incision médiane sus-hyoïdienne, deux incisions maxillaires latérales.

La mort survint deux jours après.

(1) GAUCHER. — Intoxication mortelle par l'huile grise (*Annales des maladies vénériennes*, septembre 1915 et *Presse Médicale*, 17 février 1916, page 80).

OBSERVATION XV (GAUCHER) (1).

Stomatite gangréneuse avec infiltration œdémateuse du plancher buccal. — Mort.

Un officier, atteint de paralysie générale au début, et soigné par le Professeur Gaucher par des injections de benzoate de mercure et l'iodure de potassium, supportait très bien son traitement.

Il est vu par le médecin de son régiment qui substitue l'huile grise au benzoate et fait dans l'espace de trois mois, quinze piqûres d'huile grise.

Peu de temps après, le malade revient voir le Professeur Gaucher. Il présente une stomatite mercurielle intense, avec salivation, fétidité de l'haleine, plaques sphacéliques grisâtres des gencives, du bord gauche de la langue, de la face interne de la joue gauche ; la déglutition est douloureuse.

On ordonne de l'eau d'uriage, des lavages à l'eau oxygénée, mais bientôt un gonflement énorme de la joue gauche et de la région sous-maxillaire apparaît et brusquement, une nuit, le malade est pris d'un accès de suffocation avec tirage sus et sous-sternal. Le gonflement sous-maxillaire s'est étendu et a gagné le cou.

La peau est rouge, donnant au palper une sensation d'induration ligneuse.

La trachéotomie s'impose ; elle est pratiquée d'urgence, mais le malade meurt quelques heures après.

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

A l'incision de la peau, on avait trouvé des tissus œdémateux, grisâtres, durs, des ganglions énormes baignant dans un liquide séro-sanguinolent, mais nulle part il n'y avait trace de pus collecté.

Dans ce cas, la mort survint par suite d'une infiltration séreuse de tout le plancher buccal, ressemblant à l'angine de Ludwig.

OBSERVATION XVI (GAUCHER) (1).

Stomatite ulcéro-membraneuse. — Mort. — Lésions intestinales.

Un homme, atteint de syphilis cérébrale, datant de dix-huit ans, avec crises épileptiformes et vertiges, entre pour une stomatite très intense survenue deux jours après la dernière injection d'huile grise.

Il a eu deux séries de six injections, séparées par un intervalle de deux mois, donc douze injections en tout.

L'haleine est horriblement fétide, il y a de la gangrène de la bouche, du pharynx avec les fausses membranes grisâtres, recouvrant les ulcérations du voile du palais et s'étendant le long de l'arcade dentaire gauche.

Le malade a de la diarrhée, son état général est mauvais et la mort survient un mois après son entrée.

A l'autopsie, on trouve des lésions de glossite phagédénique mercurielle ; le tiers postérieur de la langue présente une grave ulcération couverte d'enduit grisâtre, le gros

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

intestin présente des plaques hypertrophiées avec, par endroits, des ulcérations pseudo-membraneuses.

La mort semble due à la résorption de produits toxiques.

OBSERVATION XVII (GAUCHER) (1).

Stomatite gangréneuse. — Mort. — Lésions intestinales.

Une femme de 61 ans, entrée le 6 juin 1913 dans le service du Docteur Courtois, pour une stomatite mercurielle, avait reçu du mois de décembre 1912 au 5 mai 1913, dix-huit piqûres d'huile grise pour des gommages du frontal, du maxillaire inférieur et du tibia droit.

En février 1913 (soit deux mois après le début du traitement), elle présente une crise d'entérite. Dix jours après la dernière piqûre, la stomatite se déclare. Elle s'étend progressivement, si bien, qu'au bout de quinze jours, on constate une tuméfaction localisée à la partie droite du maxillaire et s'étendant de l'angle de la mâchoire à la commissure labiale.

Fétidité de l'haleine, salivation abondante : deux à trois crachoirs par jour ; pas adénopathie ganglionnaire ; débris sphacéliques et gangréneux sur la langue qui est un peu tuméfiée. L'ulcération s'étend au maxillaire supérieur, du côté droit ; l'entérite persiste avec diarrhée abondante, fétide ; on constate des mucosités glaireuses dans les selles, mélangées parfois de sang ; les selles deviennent plus fréquentes.

Il y a de l'albumine dans les urines.

(1) GAUCHER. — Les dangers de l'huile grise.

La fièvre s'allume et persiste aux environs de 38° ; le trismus devient plus intense.

Les lavages ramènent des lambeaux noirâtres de tissu sphacélé extrêmement fétide.

La malade laisse écouler continuellement la salive sur les draps ; elle est plongée dans un assoupissement profond et meurt enfin, le 13 juillet, dans le coma, cinq semaines après son entrée.

A l'autopsie, on constate des ulcérations étendues sur la muqueuse intestinale.

CONCLUSIONS

Aux doses ordinaires, c'est-à-dire de II à III divisions (correspondant de 0 gr. 04 à 0 gr. 06 de mercure pour la formule du Codex 1908), l'huile grise constitue un bon procédé de mercurialisation dans les syphillis de faible et de moyenne intensité.

Au-delà de ces doses, c'est-à-dire à IV ou à V divisions (0 gr. 08 — 0 gr. 10 de mercure), on s'expose à des phénomènes toxiques assez fréquents. Cette obligation de s'en tenir à des doses moyennes et, par suite, de limiter, sous peine d'intoxication, l'effet thérapeutique de l'huile grise, est certainement son inconvénient le plus sérieux.

Il faut, de plus, remarquer que l'administration par gouttes de l'huile grise exposant à des erreurs de doses, les phénomènes d'intoxications sont d'autant plus difficiles à éviter.

Les inconvénients et les dangers locaux sont de peu d'importance.

Quant aux accidents toxiques (troubles gastro-intestinaux, stomatites mercurielles, troubles urinaires, accidents cutanés), à part les cas impossibles à prévoir d'idiosyncrasie, ils sont évitables à la condition de ne jamais commencer le traitement par l'huile grise, sans avoir examiné soigneusement :

1° La bouche du malade et constaté qu'elle est en bon état ; l'estomac, l'intestin.

2° Le système urinaire, en recherchant la présence de l'albumine, la perméabilité rénale (toxicité, densité).

3° Les fonctions hépatiques.

Au cours du traitement, il conviendra d'instituer une rigoureuse hygiène buccale, examiner, avant chaque injection, la bouche et les urines du malade. Si, malgré ces précautions, les accidents éclatent, il faudra :

1° Cesser immédiatement le traitement.

2° Rechercher les nodules fessiers, dus aux injections, et les faire extirper (car ils contiennent du mercure).

3° Soigner la stomatite avec des lavages fréquents (eau oxygénée ou chloratée, des attouchements des gencives à la teinture d'iode).

4° Instituer le régime lacté, souvent seul toléré, surtout en cas d'albuminurie.

En résumé, une bonne technique permet, dans le plus grand nombre des cas, d'éviter les accidents. Ceux-ci ne sont dus, en général, qu'à des erreurs de traitement (traitement intensif, mauvais état du malade).

Vu :

Nancy, le 10 mars 1917.

Le Président de la thèse,
SIMON.

Vu :

Nancy, le 10 mars 1917.

Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 11 mars 1917.

Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- DEGORCE. — Un cas de tolérance remarquable vis-à-vis de l'huile grise (*Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale Indo-Chinoise*. T. IV, n° 6, juin 1913, page 307).
- EMERY. — Traitement de la syphilis (*Collection des actualités médicales*. Paris, 1906).
- FOURNIER (A.). — Traitement de la syphilis.
- GAUCHER. — 1° Traitement de la syphilis par les injections mercurielles (Congrès de Moscou, 1897).
- 2° Dangers des injections mercurielles insolubles (*Bulletin de la Société de Dermatologie*, juillet 1889).
- 3° Dangers des injections d'huile grise (Société Médicale des Hôpitaux, 16 novembre 1906).
- 4° Cinq cas de mort à la suite d'injections d'huile grise, avec MM. Claude et Dobrovici (*Annales des Maladies vénériennes*, septembre 1906).
- 5° Nécrose limitée du maxillaire supérieur à la suite d'injections d'huile grise (*Annales des Maladies vénériennes*, janvier 1907).
- 6° Nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise, avec MM. Louste et Bory (Société de Dermatologie, 5 décembre 1907).

- GAUCHER. — 7° De la stomatite gangréneuse consécutive aux injections d'huile grise, avec M. Bory (Société Médicale des Hôpitaux, 27 mars 1908).
- 8° Sur la stomatite de l'huile grise (Société Médicale des Hôpitaux, 1^{er} mai 1908).
- 9° (Société Médicale des Hôpitaux, 8 mai 1908).
- 10° Dixième cas de gangrène de la bouche à la suite d'injections d'huile grise (Huitième cas de mort), avec M. Giroux (Société Médicale des Hôpitaux, 24 juin 1909). (*Annales des Maladies vénériennes*, juillet 1909).
- 11° A propos du dixième cas d'intoxication par l'huile grise (Société Médicale des Hôpitaux 23 juillet 1909).
- 12° Les dangers de l'huile grise (*Journal des Praticiens*, 6 juin 1914, page 353).
- HALLOPEAU. — 1° (*Journal des Praticiens*, 18 avril 1914, page 368).
- 2° Des inconvénients et des dangers inhérents au traitement de la syphilis par les injections de mercure pratiquées à intervalles éloignés (*Bulletin Médical*, 19 août 1889, page 1114).
- KLEIN. — (*Deutsche Mediz. Wochenshupt*, 1893, n° 1, S. 795).
- LETULLE. — L'hydrargyrisme (*in* Nouveau traité de médecine thérapeutique de Brouardel et Gilbert. T. XI. Intoxications. Paris, 1907).
- LYON (Gaston). — Clinique thérapeutique.
- LEWIN. — *Mercredi Médical*, 20 juillet 1912).
-

TABLE DES MATIERES

	PAGES
GENERALITES	5
CHAPITRE PREMIER.	8
L'HUILE GRISE.....	8
I. Historique. Composition.....	8
II. Posologie	11
III. Indications	12
IV. Technique de l'injection d'huile grise.....	13
CHAPITRE II.	15
LES INCONVENIENTS DE L'HUILE GRISE.....	15
I. Inconvénients de dose et d'absorption.....	17
II. Inconvénients de nature.....	23
CHAPITRE III.	24
LES ACCIDENTS DE L'HUILE GRISE.....	24
I. Etiologie	24
II. Etude clinique.....	25
CHAPITRE IV.	33
TRAITEMENTS DES ACCIDENTS DE L'HUILE GRISE.....	33
I. Traitements prophylactiques.....	33
II. Traitement curatif.....	35
OBSERVATIONS	37
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	66

